Über die
Prognose der Coloncarcinome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität
Halle-Wittenberg

Mittwoch, den 13. August 1902, Mittags 1 Uhr,

öffentlich vortragen wird

Paul Seyffert
approb. Arzt
aus **Brandenburg a. H.**

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1902.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Halle.

Referent: Prof. Dr. v. **Bramann.**

Fränkel,
d. Z. Decan.

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30602269

Vorliegende Arbeit führt uns in ein Kapitel der Darmchirurgie, welche in den letzten zwei Decennien das grösste Interesse eines jeden Chirurgen in Anspruch genommen und ihre Fortschritte dieser Zeit zu verdanken hat. Es handelt sich um die Tumoren des Darmtractus und im speziellen um die Carcinome des Colon. Es ist dies diejenige von allen malignen Neubildungen des Darmes, welche sowohl, was Häufigkeit als auch Gefahr anbetrifft in klinischer Bedeutung obenan steht. Und hier ist es nun wiederum besonders der Dickdarm, welcher ausserordentlich viel häufiger der Sitz dieser Geschwulst ist als der Dünndarm. Wie uns ausführliche Statistiken bewiesen haben, kommen auf den Dickdarm ausschliesslich des rectums, auf welches allein ca. 80 % der Carcinome fallen, im ganzen 15 %, während der verschwindende Bruchteil von 5 % dem Dünndarm zufällt.

Die Erklärung für diese überraschende Thatsache steht wohl, soweit es sich bei dem Stande unserer heutigen Kenntnisse beurteilen lässt, in innigem Zusammenhange mit der Ätiologie des Carcinoms. Für die Entstehung desselben sind lokale Irritationen und mechanische Reize von grosser Bedeutung und haben gerade solche Stellen eine besondere Prädilektion, weil sie äusseren Schädigungen und Insulten in besonderem Masse ausgesetzt sind. Und wenn auch dieser Grund allein nicht ausschlaggebend ist, vielmehr, wie es uns gegenwärtig neuere Forschungen

und Untersuchungen gelehrt haben, die parasitäre Entstehung durch Protozoen eine wichtige Rolle spielt, so dürfte die Annahme wenigstens berechtigt erscheinen, dass den chronisch entzündlichen Reizen eine gewisse Mitwirkung bei der Entwicklung zukommt. Hieraus lässt sich auch leicht das häufige Auftreten des Krebses im Dickdarm erklären, da ja hier die, in rechtwinkligen Knickungen fixierten Darmteile durch längere Stagnation des Darminhaltes und den damit einhergehenden Koteindickungen oft wiederkehrenden Reizungen der Schleimhaut ausgesetzt sind.

Nachdem nun durch die antiseptische Aera und insbesondere durch die Anregung der Magen- und Darmchirurgie die Exstirpation der Darmtumoren allgemein in die Chirurgie eingeführt wurde, haben sich gleichzeitig mit den ungeahnten Fortschritten auf diesem Gebiete die Resultate und Heilungserfolge, welche die allgemein anerkannte operative Behandlung bösartiger Geschwülste erzielt hat, entsprechend gebessert und günstiger gestaltet.

Ich will nun im folgenden über einige Fälle von Dickdarmcarcinom, deren Krankengeschichten der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik von dem Jahre 1890 an entnommen sind, kurz berichten und an der Hand derselben die Prognose derselben eingehender besprechen.

Fall I. Frau W. 29 Jahre, 21. VII. — 29. VIII. 1890 Patientin will früher immer gesund gewesen sein. Seit zwei Jahren leidet sie an häufig auftretenden, kolikartigen Schmerzen in der Lebergegend, welche nach Rücken und Schulter ausstrahlen. Gleichzeitig mit diesen Anfällen trat Gelbfärbung der Haut und des Urins auf. Am Stuhl nichts besonderes und abnormes.

Status. Etwas kachectisch aussehende, abgemagerte nicht ikterisch verfärbte Frau. Leib in toto weich, gleichmässig gewölbt, nicht aufgetrieben. In der Regio hypogastrica dextra eine geringe, etwa hühnereigrosse Hervor-

wölbung, die auf Druck äusserst schmerzhaft ist, nicht verschieblich und mit der Leber im Zusammenhange zu stehen scheint.

26. VII. Operation. Narkose. Schnitt durch den Musculus rectus dexter. Nach Eröffnung des Peritoneums präsentiert sich eine höckerige, der Lage nach der Gallenblase entsprechende Geschwulst, welche im ganzen Umfange mit Darm (Colon transversum), Magen und Leber verwachsen ist und sich daher nicht isolieren lässt. Es wird von einer Exstirpation Abstand genommen, und die Wunde mit Naht und Tamponade geschlossen. Verlauf der Heilung gut. Patientin wird am 29. VIII. mit einer Pelotte entlassen.

Fall II. Arbeiter B. 38 Jahre, 21. VII. — 31. VII. 91. Leidet seit ca. einem Jahre an periodisch auftretenden Leibschmerzen, Verstopfung abwechselnd mit Durchfall. Vor ungefähr einem halben Jahre Auftreten einer Geschwulst in der rechten Seite des Leibes am unteren Rippenrande. Seit Bestehen der Erkrankung hat Patient ca. 38 Pfund an Gewicht verloren.

Status: Mittelgrosser, nicht sehr kräftiger Mann von bleichem, kachectischem Aussehen. Unterhalb des rechten Rippenbogens ein leichtbeweglicher, faustgrosser Tumor von rauher Oberfläche und harter Consistenz. Ein von der Geschwulst ausgehender Strang lässt sich bis zur Regio iliaca dextra verfolgen.

Diagnose: Carcinoma des colon ascendens.

29. VII. Operation bestehend in Resection des erkrankten Darmstückes. Narkose. Bauchschnitt durch den rechten rectus, drei Finger oberhalb des Nabels bis in die Höhe der spina anterior superior. Der fast das ganze colon ascendens einnehmende Tumor hat Verwachsungen mit Colon transversum, Duodenum und Omentum maius. Nach Lösung aller dieser Verwachsungen wird die typische Resection des colon ascendens, coecum und processus vermiformis nebst 6 cm Jejunum ausgeführt. Darmnaht,

Tamponade der gesamten Wundhöhle und Naht der Wundwinkel. Schon am Abend der Operation tritt Collaps ein, der am nächsten Tage zunimmt und am 31. VII. zum exitus letalis führt.

Section: Darmenden liegen gut aneinander, Naht hält dicht. An der Radix des Mesenteriums eine ca. 10 cm lange Wunde, durch welche Darmschlingen hindurch getreten sind. Im Mesenterium selbst einige bis bohnengrosse Lymphdrüsen; sonst keine Metastasen.

Der in diesem Falle so schnell erfolgte Tod kann wohl nur auf den im Verhältnis zu der schon vorher bestandenen Schwäche allzugrossen Eingriff zurückgeführt werden.

Fall III. Frau E. 35 Jahre, 26. X. — 16. XI. 1891. Seit ca. $^1/_2$ Jahre leidet Patientin an unstillbaren Durchfällen. Tumor in der rechten Ileocoecalgegend. Erst in der letzten Zeit sind Schmerzen in der Gegend der Geschwulst beim Stuhlgang hinzugetreten.

Status: Grazil gebaute, nicht besonders gut genährte Frau; Abdomen, in toto nicht aufgetrieben, zeigt in der rechten Ileocoecalgegend einen kleinfaustgrossen, auf Druck äusserst empfindlichen, nach allen Seiten hin mässig beweglichen Tumor, der beim Aufblasen des Dickdarms verschwindet. In Narkose lässt sich feststellen, dass die Neubildung in der Gegend der Symphysis sacroiliaca fixiert ist.

Diagnose: Carcinoma der Ileocoecalklappe. 6. XI. Darmresection. Chloroformnarkose. Längsschnitt am Rande des rechten Rectus, dem ein Querschnitt durch den letzteren angefügt wird. Eine etwa zweifaustgrosse Geschwulst stellt sich sofort in der Bauchwunde ein, keine Verwachsungen. Der Tumor nimmt den Klappenteil vollkommen ein und greift noch ein wenig auf Ileum und Colon ascendens über. Exstirpation verhältnismässig leicht. Das mit infiltrierten z. T. haselnussgrossen Drüsen durchsetzte Mesenterium wird in der erforderlichen Ausdehnung rese-

ciert und die Darmenden aussen fixiert. Tamponade; Bauchwunde bis auf die für Durchtritt der Darmstücke und Tampons erforderliche Lücke geschlossen. Verband.

Verlauf in den ersten Tagen glatt. 14. XI. Vereinigung der Darmenden, Befinden gut. Am nächsten Tage zunehmende Schwäche, Collaps und Exitus letalis. Mikroskopische Untersuchung ergab Adenocarcinom.

Die Section bot nichts besonderes. Darmnaht hatte gut gehalten, Carcinomreste oder Metastasen waren nicht zu finden. Auch hier muss der so plötzlich erfolgte Exitus in der grossen Schwäche, mit der die Frau zur Operation kam, seine Erklärung finden.

Fall IV. Frau B., Privat-Praxis, 63 Jahre, 14. I. 92. Leider stand mir in diesem Falle keine ausführliche Krankengeschichte zu Gebote; im grossen und ganzen entspricht er aber vollkommen dem vorigen. Auch hier handelte es sich um ein Adeno-carcinom der Ileocoecalklappe, welches exstirpiert wurde und nach drei Tagen den Exitus letalis zur Folge hatte.

Fall V. Frau N. 43 Jahre, 7. III. — 24. VI. 92. Das Leiden besteht seit drei Jahren. Es traten von jenem Zeitpunkt ab in Intervallen von durchschnittlich 4 Wochen Schmerzen im Leibe, einhergehend mit Erbrechen, auf. Seit einem Jahre wurden die Anfälle schwerer und schmerzhafter, und machte sich gleichzeitig eine harte auf Druck wenig empfindliche Geschwulst in der rechten Hälfte des Abdomens fühlbar. Stuhl normal.

Status: Mittelgrosse, mässig gut genährte Frau von bleicher Gesichtsfarbe. Abdomen gleichmässig gewölbt. Palpatorisch lässt sich in der Ileocoecalgegend ein etwa faustgrosser, knorpelharter, gegen das Becken unverschieblicher Tumor feststellen, welcher, wie man bei Aufblähung des Colon konstatieren kann mit diesem in Zusammenhang zu stehen scheint.

Diagnose: Carcinoma valvulae Bauhini. 24. III. Radical-Operation. Chloroformnarkose. Bauchschnitt parallel und lateral vom rechten Rectus. Die Ileocoecalgegend ist vollständig von Tumormasse eingenommen; dieselbe hat fast auf das ganze colon ascendens übergegriffen, sodass das colon transversum, nach unten verzogen, mit der Geschwulst verwachsen ist. Taubeneigrosse Drüsen. Nach Loslösung der Verwachsungen Exstirpation der Geschwulst bis zur Flexura hepatica coli und eines 15 cm langen Stückes des Ileum. Darmnaht zwischen colon transversum und Ileum, Drainage und Tamponade.

Mikroskopische Untersuchung: Adenocarcinom.

Verlauf: Patientin befindet sich den Umständen nach wohl. 30. III. Austritt dünnflüssigen Kotes aus der Wunde; derselbe dauert fort, sodass am 24. V. in Narkose die Kotfistel geschlossen werden muss. Darauf Heilungsverlauf normal, sodass Patientin am 24. VI. als geheilt entlassen werden kann.

Fall VI. Arbeiter K. 51 Jahre, 19. IX. — 24. IX. 92. Patient klagt seit ca. $^1/_2$ Jahre über Schmerzen in der rechten Seite des Leibes und Auftreten eines harten Knotens daselbst. Der Stuhlgang ist seit dieser Zeit erschwert.

Status: Die Palpation ergiebt einen Tumor in der rechten Abdominalhälfte und zwar in der Gegend des colon ascendens. Die Geschwulst ist von ca. fünf Markstück-Grösse und höckeriger Oberfläche, sonst aber schmerzlos. Operation verweigert. Patient ist einige Jahre später seinem Leiden erlegen.

Fall VII. Frau G. 32 Jahre, 13. XII. — 15. XII. 94. Patientin wird unter den Erscheinung eines schweren Ileus in die Klinik eingeliefert. Seit neun Wochen besteht Koterbrechen; Flatus und Stuhl angehalten.

Status: Äusserst elend aussehende, schwache Frau; bulbi und Wangen eingesunken, Atmung oberflächlich,

Puls filiform, Abdomen stark aufgetrieben. Links vom Nabel fühlt man einen etwa wallnussgrossen, verschieblichen harten Knoten, der mit einer tiefer liegenden grösseren Geschwulst zusammenzuhängen scheint.

Diagnose: Darmverschluss infolge Carcinom des Colon descendens.

13. XII. Colotomia dextra. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle kann man die etwa kindskopfgrosse Geschwulst deutlich abtasten. Ausserdem finden sich zahlreiche harte Knoten in der Leber und viele verhärtete Lymphdrüsen. Einnähen einer Dünndarmschlinge in die Wunde und Eröffnung derselben, wobei sich massenhaft Kot entleert.

Verlauf: Zunächst Erholung, dann infolge zunehmender Schwäche Exitus letalis am 15. XII.

Fall VIII. Arbeiter Sch. 57 Jahre, 21. I. — 4. II. 95. Das Leiden dieses Patienten beginnt im Juli 94. In dieser Zeit wurde der Stuhlgang flüssiger, war mit Schleim und Blut untermischt, und erfolgte mehrmals am Tage. Gleichzeitig trat in der rechten Seite des Leibes eine harte Geschwulst auf, die an Grösse schnell zunahm.

Status: Kräftig gebauter Mann mit beiderseitiger Bronchitis. Leib nicht aufgetrieben. In der regio hypogastrica dextra ein faustgrosser nach allen Seiten hin frei beweglicher, knorpelharter Tumor von rauher Oberfläche.

Diagnose: Carcinoma des Colon ascendens. 1. II. 95. Radicaloperation in Chloroformnarkose, die mit Äther fortgesetzt wird. Bauchschnitt längs des lateralen Randes des rechten Rectus, Eröffnung des Peritoneums. Es stellt sich ein ca. zwei faustgrosser Tumor ein, in dessen Umgebung man einige harte retroperitoneal gelegene Lymphdrüsen findet. Exstirpation des ganzen Colon ascendens und eines kleinen Stückes Ileum. Darmnaht, Drain, Tamponade, Verband.

Im Verlauf der Heilung tritt schon am folgenden Tage eine doppelseitige Pneumonie auf, die am 4. II. ad exitum führt.

Fall IX. Schreiber M. 39 Jahre, 7. VI. — 5. VII. 95. In diesem Falle bemerkte Patient bereits vor sieben Jahren oberhalb der linken Schenkelbeuge eine harte Geschwulst von der Grösse eines Taubeneies, welche damals noch schmerzlos und verschieblich war. Ca. 14 Tage vor seiner Aufnahme begann die Geschwulst rapide zu wachsen, es traten Schmerzen und Fieber ein.

Status: Kräftig gebauter, schlecht genährter Patient von blassem Aussehen. Die untere Hälfte des Leibes ist von einer Geschwulst eingenommen, welche von der Mitte des linken Darmbeinkammes bis zur rechten Spina anterior superior reicht und daselbst scharf mit dem Ligamentum Pouparti abschneidet. Nach oben hin dehnt sie sich beiderseits bis zur Nabelhöhe aus. An den Stellen der höchsten Erhebung, ist die Haut rot verfärbt, glänzend und nicht abhebbar. Es lässt sich deutliche Fluctuation feststellen.

Diagnose: Verjauchtes Carcinom des S. Romanum. (inoperabel).

8. VI. 95. Eröffnung des Abcesses, aus dem sich ein grünlicher, stinkender Eiter entleert. Kein Kot; Drainage, Verband.

15. VI. Austritt von braunem, flüssigen Kot, welcher auch in den nächsten Tagen noch anhält. Trotz Abführmittel ist kein Stuhl zu erzwingen; keine Flatus. Abdomen aufgetrieben und sehr empfindlich. Erbrechen.

5. VII. Colotomia dextra. Das colon ascendens wird hervorgezogen und in die Wunde eingenäht. Schon kurze Zeit darauf rapider Vorfall und Tod am selben Abend.

Sectionsbefund: Kindskopfgrosses Carcinom der Flexur, welches den Darm verlegt hat und mit den Bauchdecken verwachsen ist. Ausserdem zahlreiche Metastasen in den Mesenterialdrüsen.

Es scheint sich in diesem Falle um den Beginn einer Peritonitis gehandelt zu haben, welcher der Patient erlegen ist.

Fall X. Kürschner W., 55 Jahre, 20. X. — 19. XII. 95. Vor ca. $^1/_4$ Jahr traten beim Patienten Durchfälle, die mit Hartleibigkeit abwechselten, und starke Schmerzen im rechten Unterleib auf, die nicht wieder nachliessen. Im Laufe der Zeit bemerkte er in der Gegend der schmerzhaften Stelle das Auftreten einer Geschwulst.

Status: Stark abgemagerter, anämischer Patient. Oberhalb des rechten Ligamentum Pouparti fühlt man in der fossa iliaca einen ungefähr Gänseei grossen, gegen seine Umgebung verschieblichen, knorpelharten, höckerigen Tumor, der, wie man beim Aufblasen des Colon fühlen kann, in dieses übergeht.

Diagnose: Carcinom der Ileocoecalgegend.

25. XI. Radicaloperation. Bauchschnitt längs des inneren Randes des rechten Rectus, dicht unterhalb des Rippenbogens beginnend bis nahe zum os pubis verlaufend. Nach Eröffnung des Peritoneums imponiert ein ca. $1^1/_2$ Faust grosser Tumor, dessen Loslösung von Blase unter teilweiser Mitnahme von Muskularis, von Ureter und Vas deferens nur unter den grössten Schwierigkeiten gelingt. Exstirpation der Geschwulst unter Durchschneidung des Darmes beiderseits ca. 6 cm. im Gesunden. Darauf Vereinigung durch Murphy-Knopf, Tamponade und Verband.

Im Verlauf der Heilung tritt eine Perforation der Nahtstelle ein; der locker in der Wunde liegende Knopf wird entfernt und versucht, durch Tampons den Austritt von Kot aus dem nun entstandenen anus praeternaturalis zu verhindern. Da dies nicht gelingt, wird in Narkose die Übernähung der Perforationsstelle mit einem Hautlappen ausgeführt. Bauchgurt.

Patient, der sich in kurzer Zeit sehr erholt hat, wird auf eigenen Wunsch entlassen.

Fall XI. Frau R. 66 Jahre, 17. VI. — 28. VII. 96. Patientin, die früher immer gesund gewesen sein will, hat vor einem halben Jahre zum ersten Male am unteren

Rippenbogen der rechten Seite eine Geschwulst von der jetzigen Grösse bemerkt. Stuhl immer regelmässig.

Status: Kachectische Frau; Abdomen nicht aufgetrieben. Bei der Palpation fühlt man unterhalb des rechten Rippenbogens eine Resistenz, die als Strang auch nach der linken Seite zieht und auf die Umgebung übergegriffen hat. Im Stuhl sind Blut und Fetzen in reichlicher Menge enthalten.

Diagnose: Carcinoma des Colon transversum inoperabile.

Fall XII. Frau F. 30 Jahre, 18. IV. — 20. VI. 96. Die Beschwerden dieser Patientin beginnen ungefähr ein Jahr vor ihrer Aufnahme. Damals erkrankte sie unter heftigen Schmerzen in der rechten Seite des Leibes. Kurze Zeit darauf trat an dieser Stelle ein harter, auf Druck sehr schmerzempfindlicher Knoten auf, der sich nicht verschieben liess. Stuhl angehalten, erfolgte nur auf Eingiessungen.

Status: Anämische, elende Frau. In der Regio iliaca dextra ist ein etwa faustgrosser, glatter, von rechts nach links verschieblicher Tumor zu palpieren. Leib nicht aufgetrieben.

Diagnose: Carcinom der Ileocoecalgegend.

4. V. Nach voraufgegangener Laparatomie Probeexcision. Tamponade. Es bleibt eine Kotfistel bestehen. 15. V. Radicaloperation. Umschneidung des anus praeternaturalis mit folgender Resection des erkrankten Darmteiles; Vereinigung des Colon ascendens mit Ileum, nachdem das ganze Coecum nebst Klappe entfernt ist. Tamponade, Drain.

Mikroskopische Untersuchung: Gallert-Carcinom. Der Verlauf der Heilung geht glatt vor sich, so dass Patientin am 19. VI. als geheilt entlassen werden kann.

Fall XIII. Frau H. 40 Jahre, 15. X. 96 — 21. I. 97. Schon vor einigen Jahren will Patientin Blut im Stuhle

bemerkt haben. Vor einigen Tagen nun traten ganz plötzlich kolikartige Schmerzen in der Nabelgegend auf, Stuhl und Winde sistierten, Leib wurde etwas aufgetrieben und es stellten sich Erbrechen und Aufstossen ein.

Status: Mittelgrosse, kräftige und gut genährte Frau. Abdomen etwas aufgetrieben, überall tympanitischer Schall; von einer Resistenz ist nirgends etwas zu fühlen. Bei der Untersuchung per Rectum stösst man auf eine etwa Hühnerei grosse, frei bewegliche Geschwulst in der Gegend des Promontoriums.

Diagnose: Ileus infolge stenosierenden Carcinoms der Flexura sigmoidea.

18. VIII. Colotomia sinistra. Einnähen der Flexura lienalis coli in einen Bauchschnitt, der in der vorderen Axillarlinie dicht unterhalb des Rippenbogens liegt.

19. VIII. Eröffnung der eingenähten Colonpartie, wobei reichliche Kotentleerung erfolgt. Darmrohr.

13. IX. Exstirpation der Neubildung; Freilegung des Tumors nach Kraske. Es präsentiert sich eine zirkulare etwa 3 cm breite, der Flexura sigmoidea entsprechende Geschwulst, nach deren Entfernung die beiden Darmenden vereinigt werden.

Bei gutem Wundverlauf erfolgen die Kotentleerungen fast ausschliesslich per rectum, so dass am 12. I. die Schliessung des anus praeternaturalis vorgenommen werden kann. Patientin erholt sich sehr schnell und wird am 23. I. als geheilt entlassen.

Starb im Jahre 1902 an allgemeiner Carcinomatose des Bauchfells und multiplen Metastasen.

Fall XIV. Arbeiter K. 47 Jahre, 8. III. — 6. V. 97. Seit ungefähr $^3/_4$ Jahr klagt er über häufig auftretende kolikartige Leibschmerzen, einhergehend mit Durchfällen. Mit der Zeit traten diese Anfälle immer häufiger auf und gesellte sich dazu eine Verhärtung in der linken Leibesgegend. Patient giebt an, von 220 Pfund auf 164 Pfund heruntergekommen zu sein.

Status: Kräftig gebauter, nicht allzu elender Mann; In der linken Seite des Abdomens ein etwa 1 1/2 Mannesfäuste grosser, in geringem Masse beweglicher Tumor, der die ganze fossa iliaca derselben Seite anfüllt. Stuhl von normaler Beschaffenheit.

Diagnose: Carcinoma des Colon descendens. 29. III. Estirpation. Nach Eröffnung des Abdomens präsentiert sich ein Tumor, der das ganze colon descendens einnimmt. Nachdem mit einiger Schwierigkeit die Isolierung gelungen ist, wird das ganze colon descendens, soweit es von der Geschwulst befallen ist, reseciert. Darmnaht, Tamponade.

Der Heilungsverlauf geht glatt von statten, so dass Patient am 6. V. als geheilt entlassen werden kann.

Fall XV. Frau K. 53 Jahre, 1. VI. — 8. VII. 98. Auch in diesem Falle beginnen die Beschwerden mit Störungen im Stuhlgang. Von Zeit zu Zeit traten krampfartige Schmerzen im Darm auf, welche erst nach erfolgtem Stuhlgang und nach Winden aufhörten. Im Laufe der letzten drei Wochen bemerkte Patientin das Auftreten eines harten Knotens links oberhalb vom Nabel.

Status: Nicht allzu kräftige Patientin mit etwas aufgetriebenem Leib. Links und etwas oberhalb des Nabels eine ca. handtellergrosse, nur wenig verschiebliche Geschwulst, welche schon auf Magen übergegriffen hat.

Diagnose: Carcinom des Colon transversum inoperabile.

Wenn man von diesen fünfzehn Fällen nur diejenigen als geheilt betrachtet, welche innerhalb der jetzt allgemein anerkannten Frist nicht an Recidiven verstorben sind, so giebt das Gesamtergebnis folgendes Resultat:

geheilt: 4.
inoperabel: 6.
gestorben: 6.

An Recidiven ging, soweit es sich noch feststellen liess, 1 zu Grunde.

Wenden wir uns nun nach Betrachtung dieser Fälle den für die Beurteilung der Prognose wichtigen Punkten zu, so ist es zunächst die pathologische Anatomie der Carcinome, die unser Interesse im höchsten Masse beansprucht; es ist unzweifelhaft, dass in dieser Beziehung immer ein gewisser Zusammenhang zwischen Diagnose und Prognose bestehen bleibt. Denn wenn das Cancroid die niederste und das Carcinoma melanodes die höchste Stufe der Bösartigkeit einnehmen, so ergiebt die Diagnose sofort ein gutes Teil der Prognose. Manche andere Momente, namentlich Sitz, Grösse, Ulcerationen und Metastasen sind natürlich auch in hohem Masse mitbestimmend, zunächst jedoch kommt es immer auf die histologische Natur des Gewächses an, um aus ihr auf die Prognose schliessen zu können. Was nun die verschiedenen Arten der im Darm vorkommenden Carcinome anbetrifft, so ist die bei weitem häufigste Form das Adeno-carcinom (cf. Fall III, IV, V), welches eine weiche Masse, oft blumenkohlartiger Knoten bildet und zu besonders raschem Verfall und fettiger Degeneration tendiert. In prognostischer Beziehung ist es im Vergleich zu den verschiedenen anderen Formen der im Darm vorkommenden Carcinome ziemlich günstig zu beurteilen, da die Gefahr der Darmstenosierung und der frühzeitigen Metastasenbildung nicht so zu fürchten ist. Mikroskopisch zeigt es das Bild vielgestaltiger von epithelialen Formationen unterbrochener Drüsenschläuche. Im Gegensatz zu dieser Art, welche sich allerdings leicht auf grössere Darmstrecken verbreitet, steht der aus straffaserigem Bindegewebe bestehende Tumor, welcher als Scirrhus bezeichnet wird. Selten ist er über grössere Partieen der Schleimhaut verbreitet; führt jedoch in Folge seiner Neigung zum Schrumpfen leicht zu erheblichen, ringförmigen Verengerungen und ihren unvermeidlichen Folgen des Darmverschlusses, welcher allzuschnell den Tagen des Kranken ein Ziel setzt, vorausgesetzt, dass nicht eine rechtzeitige Operation die verderblichen Folgen abwendet.

Allerdings ist dies nicht immer der Fall; oft genug kann man beobachten, dass da, wo schon die Zeichen einer Stenose eingetreten waren, diese wieder verschwinden. Es kommt dieser immerhin glücklich zu nennende Ausgang dadurch zu Stande, dass durch ulcerösen Zerfall der Neubildung der Weg wieder gebahnt wird, oder dass sich eine direkte Verbindung von einem Darmabschnitt zum andern herstellt und so den Patienten vor den Gefahren des Ileus bewahrt.

Eine etwas seltenere, prognostisch aber ungünstiger zu beurteilende Form der Carcinome ist der Gallert-Krebs (cf. Fall XII), eine meist diffus und flächenhaft auftretende Geschwulst, welche die Eigentümlichkeit hat, den Darm in grosser Ausdehnung in ein enges, starres und unnachgiebiges Rohr zu verwandeln, dessen Wände leicht mit den benachbarten Organen verwachsen. Dazu kommt dann noch, dass durch die Stagnation von Kotmassen in diesem engen Rohre infectiöse Elemente jeglicher Art eingeschleppt werden und zu Zerfall und Ulceration führen, die dann meistens einen ausgeprochen jauchigen Charakter annehmen. Die Folgen sind Perforationen in benachbarte Organe oder tötliche Peritonitiden, wenn die letzteren auch schliesslich zu den Seltenheiten gehören. Andernfalls staut sich oberhalb der durch den Krebs verengten Stelle der Kot an, und die Retention derselben bietet eine weitere Quelle für die meist rasch eintretende Krebskachexie.

Es möge an dieser Stelle noch als bösartigste aber sehr seltene Art das Melanocarcinom Erwähnung finden. Auch hier kommt es und zwar schon in sehr frühem Stadium zu all denjenigen Prozessen, denen alle bösartigen Neubildungen ausgesetzt sind; es treten fettige Degeneration, Nekrose, Verjauchungen, Eiterungen und Zerfall ein, Zustände, die als stete Gefahr über dem Haupte des Kranken schweben. Kein Wunder daher, dass gerade bei dieser Form der Carcinome Metastasen in der Leber, Infiltrationen der Lymphdrüsen des Beckens und Verbreitung auf das

Peritoneum häufig und schon frühzeitig anzutreffen sind. Gleichzeitig damit ist aber auch die Erkrankung in ein Stadium getreten, wo das Messer des Chirurgen nicht mehr zu helfen vermag, wo die Prognose als vollkommen infaust zu bezeichnen ist. Es kann daher wohl im allgemeinen mit Recht als Grundsatz aufgestellt werden, dass die sehr weichen Formen der Carcinome prognostisch von sehr schlechter Vorbedeutung sind; denn je weicher, d. h. je reicher an Krebszellnestern der Tumor ist, desto rascher breitet er sich auch in die Umgebung hinein aus, desto leichter bricht er in andere Organe hinein durch, desto ungeeigneter gestaltet sich der Fall für eine Operation; dagegen, je härter das Carcinom, d. h. je mehr entwickelt sein Stroma im Verhältnis zu den Krebszellnestern ist, desto langsamer wächst es, eine dem entsprechende günstigere Prognose bietet es. Es ist von vornherein selbstverständlich klar, dass hierbei der mikroskopische Bau eine bedeutende Rolle spielt, doch würde es uns über die Grenzen des Themas hinausführen, wollte ich an dieser Stelle die einzelnen Formen nach dieser Richtung hin beleuchten.

Von einer bei weitem grösseren Bedeutung für die Beurteilung der Wachstumsvorgänge des Carcinoms aber ist und bleibt die Beobachtung, dass gerade bei Darmkrebsen, ebenso wie bei Lippen- und Hautkrebsen, die Affection ungewöhnlich lange auf ihren Herd beschränkt und lokal bleibt, sich höchstens auf die nächste Umgebung in der unmittelbaren Continuität ausbreitet und vergrössert, dass aber die so gefürchteten Metastasen erst nach Jahren auftreten und, wenn überhaupt nicht ganz, so doch in dieser Zeit ausbleiben. Da liegt nun die Gefahr hauptsächlich in dem lokalen Prozesse, welcher immer mehr Därme befällt und zerstört; und solange man mit guter Zuversicht einen solchen Herd entfernen kann, soll man auch die Hoffnung nicht aufgeben und daran festhalten, dass eine definitive Heilung dennoch erzielt werden wird.

Dass es natürlich oft keine Kleinigkeit ist, ein sicheres Urteil über das Gebiet eines sich lokal ausbreitenden Carcinoms zu gewinnen, und dass oft genug Tochterherde gerade da, wo man sie dem äusseren Anscheine nach am wenigsten vermutet, zugegen sind, ist zur Genüge bekannt. So lange es aber angeht, sollen einem stets die Worte Virchow's vor Augen schweben:

„Ist der Krebs in seinem Beginn und oft noch sehr lange ein örtliches Leiden, so muss es auch möglich sein, ihn in dieser Zeit örtlich zu heilen."

Was nun die Lokalisation des Tumors in den einzelnen Teilen des Dickdarms betrifft, so ist auch diese nicht ohne geringe Bedeutung für die Schwere und die Prognose des Falles. Während die Carcinome des S. romanum (cf. Fall VIII), welche, im allgemeinen klein, der Beobachtung leicht entgehen, ausserdem meistens schon früh Stenosenerscheinungen machen, eine ziemlich ungünstige Beurteilung erfahren müssen, und die höher gelegenen bei weitem günstiger anzusehen. Allein schon die Schwierigkeit, die ersteren dem Messer des Chirurgen zugänglich zu machen und die damit verbundene Operationsdauer verschlechtert um ein gutes Teil die Prognose im Vergleich zu letzteren, zu welchen auch die so häufig zu beobachtenden Carcinome gehören, welche von der Valvula Bauhini ihren Ausgang nehmen.

Dass auch das Alter der Patienten von grossem Einfluss auf den Ausgang des Leidens ist, haben uns ausführliche Statistiken bewiesen. Doch muss man wohl dabei in Betracht ziehen, dass das schon an und für sich nicht mehr so widerstandsfähige hohe Alter den schweren Eingriffen einer Operation nicht mehr so gewachsen ist wie die Jugend; und hauptsächlich darauf sind die bei jungen Personen erzielten guten Erfolge zurückzuführen. Dann sind es auch die Gefahren einer hypostatischen Pneumonie, die das Leben eines Patienten höheren Alters nach solch schweren Eingriffen stets bedrohen. In dem Geschlecht

hat man nichts Entscheidendes, was für die Prognose in die Wagschale fallen würde, gefunden.

Ganz anders mit einem Punkte, der allerdings nicht quoad vitam, sondern nur für die Dauer des Leidens ins Gewicht fällt und auf den Boas hingewiesen hat. Es sind dieses die speziell diätetischen Vorschriften; dieselben hier näher aufzuzählen, würde uns zu weit führen; nur ein Moment von besonderer Wichtigkeit sei erwähnt, weil er insofern eine wichtige Rolle spielt, als Patienten durch Nichtbeachtung derselben plötzlich aus dem Zustande einer bis dahin leidlich compensierten Stenose in den des completen Ileus gelangen können; es ist der Genuss aller schwer verdaulichen, schaligen Nahrungsmittel und Hülsenfrüchte. Oft genug hat man nach dem Genuss dieser Früchte unmittelbar einen selbständigen Obturationsileus mit seiner verhängnisvollen Prognose entstehen sehen. Es genügt daher nicht, nur die erlaubten Speisen aufzuzeichnen, sondern man muss direkt auf die Gefahr der oben genannten und ähnlicher hinweisen.

Der Ausgang des Leidens ist bei natürlichem Ablauf, unentrinnbar der Tod (cf. Fall VI), sei er nun hervorgerufen durch die Unwegsamheit des Darmes und folgenden Ileus, sei er veranlasst durch zunehmenden Marasmus und Kachexie, oder, wenn auch seltener, durch eine Perforationsperitonitis. Die Erreichung einer dauernden Heilung bei Darmcarcinom ist nur von dem Chirurgen zu erwarten.

In welcher Weise ändert nun eine Operation die Prognose? Im allgemeinen wie auch bei den Eingangs angeführten Fällen sind die Erfolge nicht gerade ermutigend zu nennen, und würden leicht in dem Sinne gedeutet werden können, als wären die Operationen bei Dickdarmcarcinomen ohne wesentlichen Wert; dem ist aber nicht so. Denn leider ist eine grosse Reihe von Misserfolgen dem Umstande zuzuschreiben, dass viele Kranke ganz oder nahezu im Stadium des Ileus in die Hände der Chirurgen kommen. In anderen Fällen wird wieder zu lange gezögert,

ehe der Patient den Entschluss zur Operation fasst. Dass alle diese Umstände auf den Ausgang der Operation nichts weniger als gut einwirken, liegt in der Natur der Sache. Andererseits werden wir bei rechtzeitiger Diagnose und rechtzeitig gegebenem und befolgtem Rat zur Operation die Befriedigung haben, manchem sonst verlorenen Menschenleben die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit auf viele Jahre hinaus wiedergegeben zu haben.

Im grossen und ganzen sind die Chancen einer Operation nicht ungünstig zu nennen. Denn wie uns die Erfahrungen gelehrt haben, treten Metastasen bei Dickdarmcarcinomen erst in einem relativ späten Stadium auf, mit der Ausnahme allerdings, dass es sich um medulläre, stark jauchende Carcinome handelt, die so gut wie immer eine ungünstige Prognose bieten. In einem solchen Falle wäre eine rettende Radikaloperation, wenn sie nicht im allerersten Stadium gemacht würde, natürlich ausgeschlossen und käme höchstens eine Palliativoperation zur Beseitigung der augenblicklich bestehenden Beschwerden in Betracht. Ebenso verändert das Vorhandensein von Drüsen jedesmal die Prognose ganz bedeutend in peius und sobald operiert wird, müssen diese mit entfernt werden. Die schlimmste Bedeutung haben da nun wieder diejenigen Drüsen, die ihren Sitz im eigentlichen Mesocolon haben; denn da diese natürlich in intimster Beziehung zum Peritoneum stehen, so ist es nur ein Schritt zur Propagierung des Carcinoms, welche in Form kleiner Eruptionen erfolgt. Sie macht klinisch keine besonderen Erscheinungen, dass sie aber für die Stellung der Prognose von der grössten Bedeutung ist, braucht nicht erst erörtert zu werden. Hierzu kommen dann noch die durch den Tumor gebildeten Verwachsungen, welche einer Operation unüberwindliche Hindernisse in den Weg stellen können, und welche uns bei der Erwägung der Operabilität mit leiten müssen, denn sämtliche Geschwülste, welche diffus, ohne erkennbare Grenzen in die Umgebung übergehen, müssen von einer Operation

unbedingt ausgeschlossen werden. So mannigfaltig wie alle diese Erscheinungen und Wachstumsformen des Dickdarmkrebses in Bezug auf Sitz, Ausdehnung, Ergriffensein anderer Organe, in Bezug auf Drüsen und Metastasen sind, so vielfach müssen auch unsere Überlegungen sein, um zu entscheiden, ob überhaupt und mit welchen Aussichten auf Erfolg für den Kranken die Exstirpation eines solchen Tumors unternommen werden kann. Ist die Neubildung noch auf die Schleimhaut beschränkt, sind keine Drüsen vorhanden, so sind, wenn letztere trotzdem noch mit entfernt werden, die Aussichten, eine dauernde Heilung zu erzielen, nicht schlecht. Sind aber, wie schon erwähnt, schwere Verwachsungen in der Gegend der Bauchfellfalte und vor allem mit andern wichtigen Organen, wie Blase, Leber, Gallenblase u. s. w. eingetreten, so können die grössten Schwierigkeiten für die glückliche Vollendung der Operation resultieren; zum mindestens nimmt die Operationsdauer und damit auch die unmittelbare Gefahr zu. Trotzdem ist es aber unsere Pflicht, stets, solange sich die Neubildung noch als solitär erweist, auf einen glücklichen Ausgang, auch bei den gefürchtetsten Arten der Tumoren, zu hoffen; denn solange man bei der Überzeugung festhalten kann, dass es sich um einen wesentlich lokalen Vorgang handelt, wird es gewiss gerechtfertigt sein, unter allen Umständen dessen Beseitigung zu versuchen.

Es hiesse ja nun Eulen nach Athen tragen, wollte ich an dieser Stelle eine genaue Beschreibung der Wege geben, auf denen sich dieses erreichen lässt. Es sollen nur in Kürze die verschiedenen Verfahren angeführt werden, welche hierbei in Frage kommen.

Da ist zunächst die Resection des kranken neoplastischen Darmstückes mit anschliessender Naht der beiden Darmenden zu erwähnen. Es braucht wohl kaum darauf hingewiesen zu werden, dass man bei diesem, möchte sagen Ideal einer Operation nur dann gute Erfolge erzielen kann, wenn man streng nach gegebenen Indikationen —

keine Metastasen, kein allzuerheblicher Ileus, keine zu grosse Verwachsungen — verfährt und mit peinlichster Sorgfalt in Beziehung auf Asepsis, ein Punkt, der ja bei jeder Operation Vorbedingung ist, vorgeht. Und trotz der strengsten Beobachtung dieser Indikationen und trotz der hochentwickelten Technik der Darmchirurgie, werden wir noch häufig genug mit ansehen müssen, dass unsere Mühe vergeblich war.

An zweiter Stelle kommt die Resection des kranken Darmteiles mit Verzicht auf die Vereinigung desselben in Betracht, ein Verfahren, wie es in manchen Fällen geübt werden muss, sei es gezwungen durch Notwendigkeit einer raschen Beendigung der Operation oder durch die Unmöglichkeit, ohne schwere Zerrungen und Verletzungen die Darmenden zusammenzubringen. Dann wird es sich empfehlen, der Exstirpation die Enteroanastomose folgen zu lassen. Ebenso hat uns die Erfahrung gelehrt, bei bestehendem Ileus vor der Resection die Anlegung eines anus praeternaturalis anzuführen, da die Kranken in diesem Zustande keine langdauernde und eingreifende Operation ertragen. Erst nachdem sich die Patienten wieder erholt haben, ist die Resection mit darauffolgender Naht anzuschliessen. Wenn auch manch einer diesen schweren Eingriffen unterliegt, so haben wir doch bei gutem Heilungsverlauf die Befriedigung, manchem, sonst dem Tode geweihten Menschenleben die Gesundheit wiedergeschenkt zu haben.

Während nun diese Operationen darauf hinausgehen, die Krankheit in toto zur Heilung zu bringen, so haben wir noch zwei andere, die nur die bestehenden zeitigen Beschwerden beseitigen wollen. Inwieweit dieselben zwar nicht nur allein das Leben verlängern, sondern auch das Leiden für längere Zeit heben, muss uns noch die Zukunft lehren. Von diesen palliativen Operationen steht nun zweifelsohne die Enteroanastomose obenan. Sie besteht in der Ausschaltung der erkrankten Partie durch Bildung

eines Communicationsweges zwischen zwei gesunden Darmstellen. Vor der andern Operation, der Anlegung eines künstlichen Afters centralwärts von dem Hindernis, hat sie den Vorzug, dass sie die immerhin sehr abnormen Zustände der Kotentleerung umgeht und die Kranken vor den Nachteilen derselben schützt.

Und ist es einem schliesslich geglückt, den Patienten von seinem schweren Leiden zu befreien, so droht eine weitere Gefahr, die schliesslich jeden an Carcinom Operierten umschweben und die Prognose von vornherein zweifelhaft erscheinen lässt; das ist das Auftreten von Recidiven. Es ist immerhin ein recht gutes Resultat zu nennen, dass von den fünf als geheilt entlassenen Patienten, deren Krankengeschichten ich kurz angeführt habe, nur einer an Recidiv verstorben ist. Leider stand mir in diesem betreffenden Falle keine mikroskopische Diagnose zur Verfügung; aber das steht fest, dass die grösste Neigung zu Recidiven die weichen, leicht verjauchenden und zerfallenden Melanocarcinome zeigen, schon allein deswegen, weil sie am frühesten Metastasen in wichtigen Organen machen. Andernfalls handelt es sich natürlich oft genug um Fälle, bei denen wegen der Ausdehnung der Geschwulst nicht weit genug im Gesunden hatte operiert werden können.

Auch müssen wir es leider zu häufig mit ansehen, dass die Patienten erst in einem Stadium, wo es zur Operation zu spät ist, in die Hände des Chirurgen kommen und dann als inoperabel entlassen werden müssen, wie in den von mir angeführten Krankengeschichten allein vier; vielfach hat diese traurige Thatsache seine Erklärung in einer nicht frühzeitig genug gestellten Diagnose zu suchen; dass aber gerade das rechtzeitige Erkennen der Erkrankung und der rechtzeitige Rat zur Operation den wichtigsten Moment einer guten Prognose abgeben, unterliegt gar keinem Zweifel. Wenn auch die Diagnose in manchen Fällen ein leichtes ist, in der Mehrzahl jedoch bereitet sie grosse Schwierigkeiten, die zu überwinden oft unmöglich

sind und zu den verderblichsten Täuschungen Veranlassung geben können. Es möge nur an Kottumoren und Kotstauungen, entstanden oberhalb einer carcinomatösen Striktur, erinnert werden. Das Carcinom selbst bildet als kleine zirkuläre Neubildung gar keine palpable Geschwulst und entzieht sich so unseren Blicken. Ferner können peritonitische Exsudate, wenn sie eine harte Konsistenz angenommen haben, zur Verwechslung mit Darmkrebs Veranlassung geben und die Differentialdiagnose kann geradezu unmöglich werden; es mögen die an dieser Stelle noch so häufig vorkommenden tuberkulösen Verklebungen Erwähnung finden. Zum Glück bestehen ja, wenn man die Geschwulst als solche selbst auch nicht fühlen kann, noch andere Symptome, die darauf hinweisen. Es sind das hauptsächlich die Obstipation, abwechselnd mit Durchfällen, paroxysmen und kolikartige Schmerzanfälle, Kachexie, Veränderung der Fäces, eventuelle Beimengungen von Tumormasse im Stuhl, Sichtbarsein der Darmperistaltik u. s. w.

Möge es mir an der Hand dieser Arbeit gelungen sein, einen umfassenden Einblick in die Prognose der Mastdarmcarcinome gegeben und gleichzeitig auch die Überzeugung beigebracht zu haben, dass dieselbe nicht so ungünstig ist, wie sie von vornherein erscheint, dass sie vielmehr im Verhältnis zur Schwere des Falles eine recht günstige ist. Und wenn der Ausgang des Leidens evtl. der Operation ein ungünstiger ist, so hat dieses meistens darin seinen Grund zu suchen, dass der Patient sich zu spät einer Operation unterzogen hat, in einer Zeit, in welcher er schon vollständig von Kräften gekommen ist und schwere Obstipation oder Ileuserscheinungen eingetreten sind. Nicht genug kann aber immer und immer wieder auf einen frühzeitigen Entschluss zur Operation hingewiesen werden, um zu dem von jeder Seite erwünschten Erfolg zu gelangen.

Litteratur.

Boas, Deutsche medicin. Wochenschrift 1900.

De Bovis, Revue de Chirurgie 1900—1901.

Gorski, Inaugural-Dissert. Greifswald 1895.

Graser, Handbuch der spec. Therapie innerer Krankheiten, Penzold und Stinzing 1901.

Kothe, Inaugural-Dissert. München 1899.

König, Lehrbuch der speciellen Chirurgie

Raspe, Inaugural-Dissert. Greifswald 1899.

Virchow, Archiv Bd. III, 1888.

Ziegler, Lehrbuch der patholog. Anatomie.

Lebenslauf.

Am 3. Juli 1877 wurde ich als Sohn des Professors Dr. Seyffert zu Brandenburg a. H. geboren. Meine Vorbildung zu den akademischen Studien erhielt ich zunächst auf der Vorschule des Realgymnasiums daselbst, von Sexta ab auf dem städtischen Gymnasium, welch letzteres ich mit dem Zeugnis der Reife Ostern 1897 verliess, um Medicin zu studieren. Sommer-Semester 1897 bezog ich die Universität Kiel, Michaelis darauf ging ich nach Halle, wo ich im März 1899 das Tentamen physicum bestand. Nachdem ich noch ein Semester in Tübingen zugebracht hatte, ging ich zur Beendigung meiner Studien wieder nach Halle, wo ich am 14. März 1902 die ärztliche Staatsprüfung und am 4. Juli 1902 das Rigorosum bestand.